Lane Medical Lib

ÜBER
PROTRAHIRTEN ILEUS
NEBST BEITRAG.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT LEIPZIG

VORGELEGT

VON

ANTON RODERBURG

PRAKT. ARZT.

(ZUM DRUCK GENEHMIGT AM 15. MÄRZ 1899.)

LEIPZIG

DRUCK VON ALEXANDER EDELMANN

UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKER.

Wohl in jedem Jahre steht der Symptomenkomplex Ileus in dieser oder jener medizinischen Gesellschaft zur Diskussion und fast jedes Jahr bringt eine Fülle von neuen kasuistischen Mitteilungen über das in Rede stehende Thema. Der Grund liegt, abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse, darin, dass die Resultate der Therapie gegen diesen qualvollen Zustand immer noch nicht so sind, wie wir es bei unserem Mitleid für die so beklagenswerten Kranken wünschen, und dies wird so lange der Fall sein, als wir uns noch der Sammeldiagnose Ileus bedienen müssen. Erst wenn sich in jedem Falle von Ileus ein auf Grund der jedesmaligen Ursache wohlcharakterisirtes Krankheitsbild aus dem bekannten, genetisch so oft verschleierten Symptomenkomplex abhebt, dann wird die Diagnose in jedem Einzelfalle klarer sein: wir haben dann statt des „Ileus" einen Volvulus, oder eine Strangulation, oder eine Obturation u. s. w. auf Grund dieser oder jener bestimmten Ursache vor uns, die Therapie wird, weil von Anfang an zielbewusst und zur rechten Zeit eingesetzt, ganz andere Resultate liefern, als bisher, wenn auch in dieser Beziehung gegen früher ein ganz enormer Fortschritt zu verzeichnen ist.

Den Weg, wie man in dieser Frage zum Ziele kommen kann, zeigen unter anderen die Arbeiten v. Wahl's[1]) und seiner Schüler.[2 u. 3]) Von diesem Gesichtspunkte aus ist auch die im Jahre 1894 erschienene Arbeit von Schlange[4]) verfasst, wo der Versuch gemacht wird, die einzelnen Symptome des Ileus auf die verschiedenen Arten des Darmverschlusses zu beziehen und bei dieser Beleuchtung nach charakteristischen Nüancierungen in dem Symptomenbilde zu suchen. Durch-

mustert man die in den letzten 12 Jahren veröffentlichten Einzelfälle von Darmstenose, so muss man doch sagen, dass jetzt im Verhältnis zu früher ein ganz bedeutender Fortschritt in diagnostischer Hinsicht eingetreten ist, indem die Fälle sich immer mehr häufen, wo man schon vor der Operation über Sitz und Art des Hindernisses in der Passage des Darmrohrs vollständig im Klaren war. Man ist also dem Ziele ungleich näher gekommen und deshalb ist auch jede Veröffentlichung von Einzelfällen erwünscht und berechtigt, denn fast jeder Fall bringt des Neuen und Interessanten genug.

Von diesem Gesichtspunkte aus dürfte es wohl gerechtfertigt sein, einen hierher gehörenden Einzelfall zu veröffentlichen, weil er in mehr als einer Beziehung exceptionelles Interesse hat. Es ist dies ein Fall von Darmverschluss, der ganz akut mit den bekannten stürmischen Erscheinungen einsetzte und dessen Bild sich während 4 Wochen mit geringen Schwankungen trotz der angewandten Therapie auf derselben Höhe hielt, so dass er erst nach dieser Zeit zur Operation und durch dieselbe schliesslich zur Genesung kam.

Fälle von Ileus, deren Dauer sich über Wochen erstreckt, sind immerhin etwas relativ Seltenes, denn wohlgemerkt handelte es sich nicht um die Erscheinungen eines chronisch sich vollziehenden Darmverschlusses, auch nicht um einen akut einsetzenden Ileus, dessen Bild dann dem der chronischen Passageunterbrechung glich, sondern der Ileus setzte unvermittelt, akut, ohne jede Vorboten kurz nach einer Mahlzeit ein und hielt sich, wie gesagt, während 4 Wochen auf derselben Höhe.

Ehe ich an der Hand der bekannten Ursachen der akuten Darmocclusion die einzelnen Möglichkeiten durchgehe, unter denen es zum Bilde des protrahirt verlaufenden Ileus kommen kann, sei es gestattet, kurz die Ursachen der klassischen Ileus-Symptome zu rekapitulieren, denn die Art der Auslösung dieser Symptome ist nötig zum Verständnis, ob ein Fall auf Grund dieser oder jener Ursache akut verlaufen muss oder sich auch protrahirt abwickeln kann: Der Schmerz rührt her von einer Reizung der Nerven des Peritoneums (n. n. sympathicus, phre-

nicus und Äste der unteren n. n. intercostales) und der Darmwandungen (n. n. sympathicus u. vagus). Das Erbrechen erfolgt entweder reflektorisch durch Reizung des Peritoneums oder, und zwar zum grössten Teil durch die stürmische Antiperistaltik des Darmes. Eine mechanische Folge des Darmverschlusses ist dann die Verstopfung und was noch wichtiger ist, das Unvermögen flatus zu entleeren. Auf dieselbe Ursache ist in einzelnen Fällen der lokale Meteorismus zu beziehen, der durch gewisse pathologische Veränderungen am Darm resp. seinem Mesenterium hochgradig gesteigert werden kann, während der universelle als Darmparalyse in Folge einer Peritonitis aufzufassen ist.

Diese Symptomengruppe ist nun nicht ausschliesslich die Folge einer Darmstenose im stricten Sinne des Wortes, sie kommt auch aus anderen Ursachen vor. Für die meisten derartigen Fälle wird eine Peritonitis[5]) angenommen. So sicher dies, wie gesagt, für sehr viele Fälle zutrifft, so reicht diese Annahme doch nicht für alle Fälle von Pseudoileus aus, die man gelegentlich in der Praxis zu Gesicht bekommt: So kenne ich einen Kranken, bei dem sich in Folge von Nierensteinen die rasendsten Kolikschmerzen einstellen (als deren Sitz gelegentlich die seitliche Unterbauchgegend angegeben wird) mit absoluter Stuhlverhaltung, Unvermögen, flatus zu entleeren, hartnäckigem Erbrechen, manchmal auch nur starkem Übelsein, während der Leib dabei gespannt und der Puls auffallend langsam ist. Wie man sieht, können diese Anfälle auf den ersten Blick wohl den Verdacht, dass es sich um Ileus handelt, hervorrufen. Nun gebe ich ja gern zu, dass es auch dem, welcher mit diesem Falle nicht bekannt ist, bei genauer Untersuchung und Berücksichtigung der Anamnese unschwer gelingen wird, mit Sicherheit den Ileus im eigentlichen Sinne des Wortes auszuschliessen und die Nierenkolik zu diagnostizieren, aber sehr interessant ist es doch, dass von so entferntem Punkte aus die typischen Ileus-Symptome ausgelöst werden können, während in Wirklichkeit gar keine Darmstenose vorhanden ist. Dies kann natürlich nur auf reflektorischem Wege erfolgen und es beweist dies, wie relativ geringfügig in

Bezug auf wirkliche Darmocclusion mitunter der Reiz sein kann, welcher zur Auslösung des bekannten typischen Symptomenbildes führt, und man versteht dann auch, warum manchmal so überaus stürmische Occlusionserscheinungen sich einstellen, während die gefundene Ursache es unverständlich sein lässt, wie dadurch überhaupt ein akuter Darmverschluss zu stande kommen kann z. B. bei kleinen Gallensteinen. Es ist dann auch klar, warum Fälle protrahirt verlaufen können, während man beim akut einsetzenden Ileus einen protrahirten Verlauf á priori nicht für möglich halten sollte.

Ich gehe nun zur Erörterung der einzelnen Möglichkeiten[7]) über, unter denen das Bild des Ileus protrahirt verlaufen kann, wobei ich aber gern zugebe, dass die Resultate dieser rein theoretischen Erwägungen nicht in jedem Falle bindenden Wert haben; denn wenn man nur die in wenigen Jahren veröffentlichten Fälle von akuter Darmstenose durchmustert, so sieht man, wie verschieden oftmals ätiologisch ganz gleich bedingte Fälle verlaufen, so dass man eigentlich stets auf neue Überraschungen gefasst sein muss.

Allen durch Compression bedingten Ileusfällen ist man geneigt, einen mehr oder weniger schnellen Verlauf in Aussicht zu stellen: es ist dies die grosse Gruppe der Darmverengerungen, wo der Verschluss durch eine von aussen auf das Darmrohr wirkende Ursache hervorgerufen wird. Immer trifft jene Annahme natürlich nicht zu, da begreiflicherweise die Art der Compression einen bemerkenswerten Unterschied in dem zeitlichen Ablauf der Symptome bedingt. Ohne weiteres ist klar, dass bei dem durch Volvulus hervorgerufenen Ileus das Darmrohr binnen ganz kurzer Zeit unter so ungünstige Ernährungsverhältnisse gesetzt wird, dass, wenn nicht schnell eine Lösung der Torsion erfolgt, binnen wenigen Tagen der Tod eintreten muss, es wird also keine Zeit zu einem protrahirten Verlauf übrig bleiben. Unter gewiss ganz extrem seltenen Bedingungen kann aber auch einmal die Torsion eine sehr lockere sein, wie der Fall 23 von Obalinski[6]) beweist. Freilich scheinen in diesem Falle auch keine sehr stürmischen Occlusionserscheinungen vorhanden gewesen zu

sein; denn wie ungünstig hier im allgemeinen die Ernährungsverhältnisse und andere sekundäre Folgen[8]) sind, sieht man daraus, dass schon nach 18 resp. 30stündiger Dauer des Leidens in einigen Fällen von Obalinski bereits Gangrän des Darmes eingetreten war.

Sicherlich nahezu ebenso ungünstig für einen protrahirten Verlauf liegen die Bedingungen bei den Strangulationen, d. h. bei den ringförmigen Umschnürungen des Darmrohres durch bandartige Gebilde, Stränge als Reste abgelaufener Peritonitiden, deren Stelle auch der processus vermiformis und das diverticulum Meckeli übernehmen kann. Sei es, dass diese Stränge an beiden Enden adhärent sind und nur infolge einer sehr lockeren Ausspannung die Möglichkeit einer das Darmrohr aufnehmenden Schlingenbildung abgeben, sei es, dass sie frei in der Bauchhöhle endigen und durch kolbige Verdickung des Endstückes zur Knoten- resp. Schlingenbildung disponiert sind, in beiden Fällen werden die peristaltischen Bewegungen des Intestinaltractus den Zug abgeben, welcher im Verein mit der Schwere des Darminhaltes und den Bewegungen der Bauchdecken und des Zwerchfells die Schlinge immer mehr verengert und schliesslich die hineingefallene Darmschlinge stranguliert, womit dann für das Darmrohr dieselben Bedingungen vorliegen, wie beim Volvulus. Man kann sich also sehr gut vorstellen, dass mit dem Augenblick des Hineinschlüpfens des Darmes in die Schlinge jener nicht sofort stranguliert ist, wie ja auch nicht jeder Bruch sofort ein eingeklemmter ist. Immerhin wird die Spanne Zeit vom Hineinfallen der Darmschlinge bis zur kompleten Strangulation meist kurz sein, und die Strangulation wird immer der Schlusseffekt sein. Es wird also hier unter ganz extrem seltenen Bedingungen, wie sie praktisch ohne Bedeutung sind, ein protrahirter Verlauf möglich sein können, denn die Peristaltik des Darmes, die Schwere seines Inhaltes u. s. w., Faktoren, die ja immer vorhanden sind, die können jeden Augenblick die Strangulation komplet machen.

Ein solch seltenes Vorkommnis ist der von Heddäus (Berl. klin. W. 1891, S. 513) beschriebene Fall von Ileus, wo

das divertic. Meck. der Darmwand adhärent war und die Schlinge für das Darmrohr abgegeben hatte: Nach 10tägiger Dauer der Einschnürung waren an der Darmschlinge noch keine entzündlichen Erscheinungen vorhanden. Auch der Fall von Poppert gehört hierher (Referat im Centralblatt für Chirurgie 1890, S. 394): Ein divert. Meck. hatte eine Dünndarmschlinge abgeschnürt. Zweimal verlief der Fall subakut, erst beim dritten Anfall traten die Erscheinungen so stürmisch auf, dass die Laparotomie notwendig war, während in den beiden Fällen vorher die Anlegung des anus praeternaturalis die Beschwerden des 27 Jahre alten Mannes beseitigt hatte.

Zu den Strangulationen gehört auch die innere Brucheinklemmung. Im Grossen und Ganzen vollzieht sich hier der Mechanismus wohl ebenso wie bei der Einklemmung einer äusseren Hernie. Der einzige Unterschied ist wohl nur der, dass man letztere sehen und fühlen kann, jene aber nicht; in Wirklichkeit wird der Vorgang derselbe sein, ob eine Darmschlinge in einer der bekannten äusseren Bruchpforten eingeklemmt ist, oder ob diese Einklemmung durch Spalten und Löcher des Mesenteriums, des Netzes, Diaphragmas u. s. w. zustande kommt. Man könnte sich nur vorstellen, dass es für das Zustandekommen einer Brucheinklemmung nicht gleichgültig ist, ob die Öffnung durch Bewegungen des Zwerchfells u. s. w. in ihrem Lumen sich verändern kann oder ob dieses Lumen, wie es bei den äusseren Brüchen der Fall ist, immer dasselbe bleibt, und sodann könnte darin auch ein Unterschied liegen, dass die Darmschlinge einer äusseren Hernie an den Wandungen der Bruchhöhle einen gewissen Widerstand findet, während dies bei den inneren Brüchen nicht oder lange nicht in dem Masse der Fall ist. Vielleicht ist es auf diese Differenzen zurückzuführen, dass ein äusserer Bruch lange Zeit bestehen kann, ohne eingeklemmt zu sein, was beim inneren nicht der Fall ist. Ist die Einklemmung einmal komplet, dann liegen für das Darmrohr dieselben Verhältnisse vor, wie beim festen Volvulus und bei der Strangulation, es wird der Tod durch Läsion der Darmwand binnen kurzer Zeit die Folge sein, falls der Bruch sich selbst überlassen bleibt, und so

wird auch hier keine Zeit zu einem protrahirten Verlauf übrig bleiben.

Nicht weniger gefährdet ist der Darm, wenn eine Schlinge unter einen alten peritonitischen Strang gerät, dessen Stelle auch der übermässig lange proc. vermif. oder das am Ende befestigte divert. Meck. übernehmen kann, falls diese Gebilde über eine mehr oder weniger feste Unterlage hinziehen, es kommt also dann nicht zu einer Strangulation durch Schlingenbildung, sondern es erfolgt eine reine Compression, ein Zusammendrücken des Darmrohrs zwischen Strang und Unterlage. Liegt der Strang straff der Unterlage an, dann kommt es nur unter ganz besonderen Umständen zum Hinuntergleiten einer Darmschlinge unter denselben: Dieser Vorgang wird sich abspielen, wenn durch irgend welchen Faktor (Bewegungen der intestina, Wirken der Bauchpresse, Niesen u. dgl.) der Strang auf kurze Zeit erschlaffen kann, sodass eine Darmschlinge sich zwischen Unterlage und Strang begeben kann. Es kommt dann allerdings zur vollständigen Compression mit ganz akutem Verlauf, weil Gangrän des Darmes die unausbleibliche Folge ist. Liegen die Stränge auf lockerer Unterlage, dann kann der Fall ebenfalls akut verlaufen, wie dies ja auch häufig genug beobachtet ist, es kann sich aber auch ein derartiger Ileus in die Länge ziehen, denn die lockere Unterlage schützt unter Umständen vor einem solchen Druck, der im andern Fall binnen kurzer Zeit Gangrän bewirkt, auf der anderen Seite giebt aber doch der Druck einen permanenten wenn auch wechselnd starken Reiz ab, der hinreichend ist, Schmerz und Erbrechen zu bewirken, sowie die anderen Symptome auszulösen.

Endlich kann die Stenose des Darmtractus erfolgen durch Compression von Seiten eines Tumors im weitesten Sinne des Wortes. Hier sind ebenfalls die Bedingungen zum Zustandekommen des protrahirt verlaufenden Ileus gegeben, denn die Natur dieses mechanischen Verschlusses bringt es mit sich, dass der Druck erst nach langer Dauer resp. unter besonders ungünstigen Umständen zu sekundären Veränderungen der Darmwand führt, während er auf der andern Seite genügend

ist, um reflektorisch und mechanisch die bekannten Ileus-Erscheinungen auszulösen. So verfüge ich über eine Beobachtung, wo bei einer 40 Jahr alten Frau der akute Symptomenkomplex auf Grund einer ren mobilis, an der die Frau seit langer Zeit litt, eintrat, eine andere Ursache liess sich wenigstens trotz wiederholter genauer Untersuchung und längerer Beobachtung nicht finden. Nach 14tägiger Dauer des Leidens schwanden die Beschwerden. Prüft man die in den letzten 12 Jahren publizierten Ileus-Fälle, so fällt auf, dass auf Grund dieser Ursache, Compression durch einen Tumor, die Erscheinungen nicht so stürmisch einsetzen im Verhältnis zur Strangulation, Volvulus u. s. w. und dass das Leiden im Grossen und Ganzen hier von längerer Dauer ist, ehe Collapserscheinungen eintreten. Dies ist auch begreiflich, wenn man bedenkt, wie gut manchmal der Darm noch funktioniert bei so hochgradig diffusen Verklebungen der Darmschlingen untereinander, dass man ein Passieren der Ingesta durch die verklebten Schlingen kaum noch für möglich halten sollte, und dennoch ist dies möglich, wie mancher der von Riedel[9]) beschriebenen Fälle beweist.

Unter Berücksichtigung dieser Thatache ist es, wie gesagt, leicht verständlich, dass ein Tumor im Grossen und Ganzen selten das ockasionelle Moment zur Auslosung des akuten Symptomenkomplexes abgiebt und ist dies der Fall, dann spielt sicherlich der mechanische Verschluss resp. die Erschwerung der Passage nicht die Hauptrolle, sondern der durch den Druck gesetzte Reiz mit seinen secundären Folgen drängt sich in den Vordergrund und beherrscht die Scene. Es kommt also hier seltener zu wirklichen Ileus-Erscheinungen, sondern das gewöhnliche Krankheitsbild ist hier ein anderes, wie die Arbeiten von Riedel[9]) und Lauenstein[10]) beweisen, hier pravalieren wie gesagt die Symptome der Reizung über die Erscheinungen der blossen Stenose. Immerhin kann es unter Umständen in diesen Fällen, wenn es sich um Verwachsungen der Darmschlingen unter einander oder mit anderen Organen der Bauchhöhle resp. mit der Bauchwand handelt, auch zu ganz akuten Occlusionserscheinungen kommen, und da das Darmrohr in

seinen Ernährungsverhältnissen nicht ernstlich gefährdet ist, so kann dann der Fall auch protrahirt verlaufen. Es sind mehrere hierher gehörende Fälle publiziert worden; liesst man sie jedoch genauer durch, dann gewinnt man allerdings den Eindruck, als ob das klassische Bild des typischen Ileus selten bestanden hätte, mehr handelt es sich um Symptome des chronischen Verschlusses, zu denen dann akute Occlusionserscheinungen hinzutraten, immerhin wird man den protrahirten Verlauf auf Grund dieser Ursache nicht bestreiten können. Der unten ausführlich beschriebene Fall gehört hierher in diese Kategorie: es fanden sich diffuse Verklebungen der Darmschlingen und eine Abknickung. Diese Adhäsionen waren ohne Zweifel sehr alt und dennoch funktionierte der Darm Jahrzehntelang durchaus prompt, bis es unter Hinzutritt eines neuen Momentes zum Ausbruch eines akuten Ileus kam.

Um es kurz zu rekapitulieren, so wird der Ileus auf Grund einer inkarcerierten inneren Hernie immer akut verlaufen, so gut wie stets akut der Volvulus und die Strangulation. Dagegen sind die Bedingungen zum protrahirten Verlauf gegeben bei den Kompressionen seitens eines Tumors, ferner bei den locker ausgespannten Bändern, sowie bei den diffusen und circumscripten Verwachsungen der Darmschlingen.

Ich komme nun zur zweiten Art der Passageunterbrechung im Darmtractus, den Obturationen, Prozessen, durch die das Darmlumen von Innen heraus verstopft wird. Sieht man von den in diese Kategorie fallenden Invaginationen ab, so sollte man glauben, dass es hier meist zum Symptomenbilde des chronischen Darmverschlusses kommen muss, dessen Finale dann allerdings ein akuter Ileus sein kann. Wenn das nun auch häufig genug der Fall ist, so setzt doch auch auf Grund dieser Ursachen der Ileus oft genug akut ohne alle Vorboten ein.

Es ist hier in vielen Fällen überhaupt schwer, sich vollständig darüber klar zu werden, warum es zu akuten Occlusionserscheinungen kommt, wie z. B. bei den Gallensteinen[11]); denn so gross, wie in dem Falle von v. Rogner-Gusenthal (Wien, med. Prof. 1894 No. 12), wo der Stein 140 gr schwer war, sind doch selten diese Konkremente, dass die Grösse

allein im Missverhältniss zum Darmlumen steht und den Ileus verständlich erscheinen lässt. Es liegen aber nun Beobachtungen genug vor, bei denen es lediglich auf Grund der Gegenwart eines oder mehrerer Gallensteine im Darmkanal zu ganz stürmischen akuten Stenoseerscheinungen kam, ja dieser plötzliche Beginn und rasche Verlauf scheint überhaupt die Regel zu sein, wenn auch Fälle von subacutem Verlauf vorkommen: so in einem Falle von Lindner (XXII Kongress, Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1893 S. 69), wo nach 14 tägiger Dauer des Leidens bei der Laparotomie sich noch keine Peritonitis vorfand. In einem andern Falle, von Fischer (XVII. Kongress, Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1888 S. 52) ging nach 11tägiger Dauer der Ileus-Erscheinungen der kastaniengrosse Stein per vias naturales ab. Ob es möglich ist, dass sich die Symptome des akuten Darmverschlusses auf Grund dieser Ursache wesentlich über diesen Zeitpunkt hinaus hinziehen können, erscheint fraglich, denn wird der Darmtractus Herr des obturirenden Fremdkörpers, dann ist er in diesem Zeitraum gewiss per anum entleert, hat er sich aber einmal fest eingekeilt, dann lässt nach dieser Zeit die secundäre Peritonitis gewiss nicht mehr lange auf sich warten, mit deren Eintritt das Krankheitsbild dann natürlich verschoben ist. Man geht also ohne Zweifel wohl nicht fehl, wenn man die Möglichkeit des protrahirten Verlaufes des Ileus aus Veranlassung eines Gallensteines in Abrede stellt. Allerdings können so massenhaft kleine Konkremente vorhanden sein, dass der Ileus in schnell auf einander folgenden Schüben auftritt, wie eine Beobachtung von mir beweisst: Es handelte sich um einen bis dahin stets gesunden Mann von 49 Jahren, der, nebenbei gesagt nach Lernen des Radfahrens (2 mal beobachtet, übermässige Schweisssekretion?) an Gallensteinen mit starkem Icterus erkrankte. Einige Monate nach dem ersten Anfalle von Gallensteinkolik traten während 6 Wochen 4 Anfälle von akutem Ileus auf, der sich bis zum stärksten fäkulenten Erbrechen steigerte und jedes Mal besserte sich nach mehrtägiger Dauer des Leidens der qualvolle Zustand unter reichlichen Stühlen, die stets hunderte von ganz kleinen Gallensteinen enthielten.

Anders liegen die Verhältnisse bei den Invaginationen Wenn man bedenkt, wie hochgradig mitunter die Verklebungen von Darmschlingen sind, so dass sie ein beinahe unentwirrbares Convolut bilden und wie sich dennoch die Passage erhält, so erwartet man eigentlich als den häufigsten Ausgang der Intussusception den chronischen Verlauf mit vorläufige. Wiederherstellung der Passage, denn in Wirklichkeit ist die Möglichkeit des Durchtritts von Darminhalt durch den locus affectionis nicht aufgehoben. Im Grossen und Ganzen ist dies aber leider nur ein relativ seltener Ausgang im Verhältnis zu dem häufigen Vorkommen der Invagination und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt es zu kompletem Darmverschluss mit den aus der Eigenart des Mechanismus hervorgehenden secundären Erscheinungen. Einen sehr grossen Unterschied macht es hier, ob es sich um eine ab- oder um eine aufsteigende Invagination handelt, denn im ersteren Falle kann sich der Darminhalt immer noch leicht durch die Spitze des Intussusceptums hindurchpressen, während im letzteren Falle derselbe sich erst die Öffnung an der Spitze der Invagination suchen muss, wobei durch den immer mehr nachfolgenden Inhalt das Intussusceptum zusammengedrückt wird. Jedoch ist die aufsteigende Invagination ein so überaus seltenes Vorkommnis, dass man in der Praxis mit dieser Rarität nicht zu rechnen hat. Sieht man also von letzterem Falle ab und berücksichtigt den Vorgang der gewöhnlichen, absteigenden, Invagination, so ist, meine ich, soviel klar, dass recht gut die Bedingungen zu einem protrahirten Verlauf gegeben sind. In Wirklichkeit kommt dies auch nicht zu selten vor, wie die Fälle von J. Schou (Ref. im C. f. Chirurg. 1888. S. 205.), Fall 71 u. 72 von Obalinski[6]) und Fälle von Ludloff[12]) beweisen.

Einen relativ gutartigen Darmverschluss liefert die Coprostasis. Dass es auf Grund derselben zu ganz stürmischen Stenoseerscheinungen kommen kann, ist durch zahlreiche Beobachtungen ganz sicher erwiesen. Wenn man nun bedenkt, dass Reichel[5]) bei der Nachprüfung des Kirstein'schen „glatten Darmverschlusses“ (cf. auch Tietze[8])) keinen Durch-

tritt von Bakterien durch die Darmwand des zuführenden Stückes trotz der lange bestehenden Kothstauung hat konstatieren können, so wird man zugeben müssen, dass dies im Allgemeinen bei der Coprostasis der Fall sein wird; nur unter ganz besonderen Bedingungen, welche wohl in der Qualität der Ingesta liegen, wird eine Läsion der Darmwand und damit eine des Ileus Bild ablösende Peritonitis sich entwickeln können. Die Darmkontenta sind mitunter so eingedickt, dass die Massen sich nur sehr langsam vorwärts schieben, erwägt man dies und das oben Gesagte, wonach die Coprostasis akute Ileus-Erscheinungen machen kann, die Art der Passageunterbrechung aber auch eine derartige ist, dass sie lange Zeit bestehen kann, ohne zur Läsion der Darmwand zu führen, so muss man zugeben, dass hier die Bedingungen zu einem protrahirten Verlauf der einmal akut entstandenen Occlusionserscheinungen gegeben sind.

Es bleiben aus dieser Gruppe der Obturationen nur noch übrig die eigentlichen Fremdkörper, wozu auch die Enterolithen zu rechnen sind. Im Grossen und Ganzen wird es, abgesehen von den anderweitigen Störungen, die ihre Gegenwart im Verdauungsapparat hervorrufen, hier meist zu dem Bilde des chronischen Darmverschlusses kommen. In seltenen Fällen lösen sie aber auch ganz akute Ileuserscheinungen aus, wie im Fall Stepp (Münch. med. Wochenschrift 1887 Nr. 51) ein Convolut von 40—50 Spulwürmern. Ob die derartig ausgelösten akuten Symptome einen protrahirten Verlauf nehmen können, ist fraglich; denn ist ihre Grösse oder ihre Beschaffenheit einmal derartig, dass es zur Entwickelung dieses stürmischen Symptomenkomplexes kommt, dann folgt jedenfalls sehr bald die tödtliche Peritonitis. Dieses seltene Auslösen von akuten Stenoseerscheinungen steht gewissermassen im Widerspruch zu dem ungleich häufiger vorkommenden Ileus auf Grund eines Gallensteines. Sollte es nicht einen Unterschied machen, ob ein Gallenstein in seiner ganzen Grösse oder in mehrerer Anzahl von einem gewissen Zeitpunkt ab plötzlich im Darmlumen als Fremdkörper liegt, während die Enterolithen allmählich wachsen und erst bei grosser Volums-

zunahme ein neues occasionelles Moment in einem Diätfehler hinzutreten muss, um Ileus-Erscheinungen zu bedingen? So war in dem Falle Stepp jedenfalls die durch das Wurmmittel angeregte energische Peristaltik das den Ileus auslösende Moment. Ist es dazu erst einmal gekommen, dann verlaufen, wie gesagt, die Fälle sicherlich akut.

In gewissem Sinne ebenfalls als Fremdkörper wirken die von der Darmwand ausgehenden Tumoren. Auch sie bedingen wohl ausnahmslos das Bild des chronischen Darmverschlusses; akute Erscheinungen rufen sie ohne Zweifel nur dann hervor, wenn Fremdkörper oder eingedickte Darmkontenta die durch den Tumor verengte Stelle passieren wollen oder wenn es oberhalb der verengten Stelle zur Darmlähmung gekommen ist.

Auf die zuletzt angegebene Weise wird auch bei den narbigen Strikturen, der dritten Gruppe des Darmverschlusses, der akute Ileus hervorgerufen, mögen diese Strikturen nun karcinomatös sein oder eine andere Ursache haben, während ohne dies hinzutretende neue Moment das gewöhnliche Bild auch hier das des chronischen Verschlusses sein wird. Auch wenn bei den Tumoren oder den narbigen Strikturen akute Occlusionserscheinungen hinzutreten, wird das gesammte Krankheitsbild doch im Grossen und Ganzen der charakteristischen Unterschiede gegenüber den auf anderer Basis entstandenen nicht entbehren, indem die akuten Erscheinungen mit den Symptomen des chronischen Verschlusses abwechseln. Jene werden selten die Scene vollständig beherrschen, die letzteren drängen sich mit hervor, es wird also kaum jemals das Bild des unvermittelt einsetzenden akuten Darmverschlusses eintreten und mit protrahiertem Verlauf sich weiter hinziehen. Ausnahmen kommen natürlich bei dem bunten, ewig wechselreichen Vielerlei der Genese und des Verlaufs des Ileus auch hier vor, z. B. wenn eine Darmstenose narbiger Art längere Zeit symptomlos besteht, was sicherlich möglich ist, dann, wie gesagt, setzt auch mal der Ileus unvermittelt akut ein und kann dann auch protrahirt verlaufen, wie der Fall von Heimann (Deutsch. med. Woch. 1891 Nr. 39) beweist: Es handelte sich um eine Frau von 74 Jahren, der

bei desperatem Allgemeinbefinden ein anus praeternaturalis wegen schon lange bestehenden Ileuserscheinungen angelegt wurde. 4 Monate später wurde die narbige Striktur an der flex. col. sinistr. entfernt. Eine lange Zeit symptomlos bestehende narbige Striktur lag auch dem Fall von Chiari (C. f. Chirurg. 1890 S. 326) zu Grunde. Es handelte sich um eine ringförmige carcinomatöse Striktur des Ileum bei einem 70 Jahr alten Manne, der bei dunkler Diagnose an Marasmus in Folge von Diarrhöen gestorben war. Der primäre Herd lag in der Gallenblase.

Was also die durch Obturationen und Strikturen bedingten Ileusfälle betrifft, so verlaufen ohne Zweifel alle diejenigen akut, welche durch Gegenwart von Gallensteinen oder Fremdkörpern im Darmrohr hervorgerufen werden, so weit sich an letztere überhaupt Occlusionserscheinungen anschliessen, dagegen können protrahirt verlaufen die Invaginationen und es können sich die durch einfache Kotstauung bedingten Fälle sehr in die Länge ziehen. Die übrigen Fälle spielen sich ab unter dem Bilde des chronischen Darmverschlusses, woran sich akuter Ileus mit protrahirtem Verlauf anschliessen kann, es kann sich aber auch die Stenose symptomlos entwickeln und ein neu in die Erscheinung tretender akuter Anfall von langer Dauer sein.

Es wird demnach, um ein kurzes Resume zu geben, überall dort der Ileus protrahirt verlaufen können, wo die Darmstenose keine derartig feste ist, dass die Darmwand binnen kurzer Zeit in ihren Ernährungsverhältnissen erheblich beeinträchtigt wird, wo aber doch auf der anderen Seite ein permanent wirkender Reiz vorhanden ist, welcher genügend stark ist, um direkt oder reflektorisch die bekannten Symptome auszulösen, in allen übrigen Fällen wird binnen kurzer Zeit durch sekundäre Veränderungen am Intestinaltractus oder im Gesamtorganismus der Tod eintreten, bevor der Fall protrahirt verlaufen kann.

Ich lasse nun den hierher gehörenden Krankheitsfall folgen, welchen ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Dr. Kolaczek zu Breslau verdanke:

Witwe I. D. 73 Jahr alt.

Die Patientin heiratete mit 22 Jahren. In 4 jähriger Ehe gebar sie unter leichten Entbindungen 2 gesunde Kinder. Die beiden Puerperien verliefen ohne jede Störung. Als Witwe war sie Wäscherin und 4 Jahre Wärterin in einem Hospital. In der letzten Stellung überstand sie einen Typhus von 14 Wochen. Im Alter von 43 Jahren erkrankte sie an einer sich über 11 Monate hinziehenden Bauchfellentzündung ohne bekannte Ursache. Eine gonorrhoische Infektion wird in Abrede gestellt. In den letzten 14 Tagen dieser chronisch verlaufenden Peritonitis stellten sich diese Erscheinungen von Ileus ein, der aber unter Auftreten von Diarrhöen in spontane Heilung überging. Seit dieser Zeit, also in einem Zeitraum von 30 Jahren, ist Patientin stets gesund gewesen, insonderheit stellt sie nach darauf gerichteten Fragen es ganz bestimmt in Abrede, dass sie jemals Schmerzen im Leibe gehabt hätte, oder dass jemals Stuhlbeschwerden bestanden hätten; der Stuhlgang erfolgte vielmehr bei gutem Appetit regelmässig ohne jede Nachhilfe.

Am 27. XII. 94. ass Patientin abends Mohnklösse, jedoch nicht in übermässiger Menge. Etwa $1^1/_2$ Stunden nach dieser Mahlzeit stellten sich überaus heftige Schmerzen im Unterleibe ein und ziemlich gleichzeitig damit Erbrechen, ausserdem erfolgte von diesem Zeitpunkte ab kein Stuhl mehr und ebenso gingen keine Flatus ab. Diese Beschwerden: Schmerz im Unterleibe, Erbrechen und Stuhlverstopfung blieben in den nächsten 5 Tagen auf derselben Höhe und wurde die Patientin, als das Erbrechen einen fäkulenten Charakter annahm, am 2. Januar 1895 in das St. Joseph's Krankenhaus zu Breslau aufgenommen.

Der Status praes. bei der Aufnahme war folgender: Mittelgrosse Frau von grazilem Knochenbau mit dürftiger, schlaffer Muskulatur und sehr spärlichem Fettpolster. Gesicht und die sichtbaren Schleimhäute sind blass. Herz und Lungen normal. Die Zunge hat einen dicken, braunen Belag. Fieber besteht nicht. Der Puls von normaler Frequenz, die Arterie von leidlicher Spannung. Das Abdomen war mässig aufgetrieben;

einzelne Darmschlingen boten der palpierenden Hand das Gefühl grösserer Resistenz dar. Druckempfindlichkeit war nicht vorhanden, ebenso keine Dämpfung. Links ein leicht reponibler Leistenbruch. Vom ampullenartig erweiterten Rektum aus fühlte man durch die vordere Wand hindurch einen dünnen, abdominalen Strang, der jedoch das Lumen des Rektums nicht merklich verengte. Trotz des dürftigen Ernährungszustandes und des bestehenden schweren Symptomenkomplexes war der Gesamteindruck kein schlechter und man beschloss mit Rücksicht auf den vor 30 Jahren schon einmal spontan geschwundenen Ileus einstweilen noch abzuwarten. Patientin erhielt nur flüssige Nahrung in kleinen Portionen und Ernährungsklysmen. Das Erbrechen sistierte nun, trat aber am 4. Tage wieder auf. Es bestand viel Aufstossen und Übelkeit; vor dem Erbrechen machte sich stets ein widerlich fäkulenter Geschmack im Munde bemerkbar. Das Erbrochene hatte das Aussehen einer dünnen Erbsensuppe, war säuerlich und bald mehr bald weniger fäkulent. Jedesmal nach dem Erbrechen trat eine gewisse Erleichterung ein. Gleichzeitig wurde aber der Unterleib stärker und in der rechten Bauchhälfte trat eine Dämpfung auf. Da nun jegliche Kollapserscheinungen fehlten, der Puls leidlich gut war und kein Fieber bestand, beschränkte man sich auf Magenausspülungen, die jedesmal vorgenommen wurden, wenn sich der fäkulente Geschmack im Munde der Kranken bemerkbar machte, ferner auf Darreichung von kleinen Gaben Opium gegen die Schmerzen, während man durch Ernährungsklystiere für Hochhalten der Kräfte sorgte.

Nichtsdestoweniger erfolgte keine Änderung in dem Krankheitsbilde und so blieb schliesslich doch nichts übrig, wollte man die Chancen des Gelingens eines chirurgischen Eingriffes bei dem ohnehin schon dürftigen Ernährungszustande der 73 Jahr alten Frau nicht auf 0 herabdrücken, bei leidlichem Pulse, Fieberlosigkeit und Fehlen von Kollapserscheinungen die Ursache des Darmverschlusses aufzusuchen.

Am 30. Januar, also 34 Tage nach Beginn des Ileus wurde die Laparotomie gemacht und zwar nur unter Anwendung der Schleichschen lokalen Anästhesie zur Aus-

führung eines Schnittes zwischen Nabel und Symphyse von 12 cm Länge bei erhöhter Beckenlage. Es ergab sich nun folgendes:

Dicht am rechten Schnittrande war eine Dünndarmschlinge in Ausdehnung eines Markstückes an der vorderen Bauchwand angewachsen und wurde vorsichtig gelöst.

Im Grunde der dilatirten Wunde lagen unter einander verwachsene kollabirte Dünndarmschlingen. Dieselben wurden centralwärts mit den Fingern verfolgt, bis ein prall gefülltes Darmstück erreicht wurde, dieses war durch Verwachsung mit dem benachbarten collabirten Darm um 120° abgeknickt. Die prall mit Stuhl und flüssigem Inhalt gefüllte Darmschlinge war nur leicht geröthet. Die collabirten Darmschlingen wurden nun unter Lösung der Adhäsionen mittels Zugs oder Scheerenschnitten nach und nach entwickelt Nach Isolirung der ersten Schlingen präsentirte sich ein aus der Tiefe des kleinen Beckens zu einer Schlinge aufsteigender, federkieldicker, runder Strang von etwa 10 cm Länge. Derselbe wurde durchtrennt, die Schnittfläche zeigte ein Lumen.

Um nun Raum für die weitere Lösung der Darmschlingen zu gewinnen, wurden die bereits gelösten in $^1/_2$ m Länge auf aseptische Tücher herausgelagert. Es musste so etwa die Hälfte des Ileum bis dicht an das Coecum hinan gelöst werden.

An einzelnen Stellen waren die Adhäsionen so fest, dass am Darm oder Mesenterium blutende Stellen zurückblieben, dieselben wurden unter Faltung der Serosa übernäht, so auch an der Stelle, wo die prall gefüllte Darmschlinge mit dem collabirten Darm verwachsen war.

Die mühsame Lösung der Darmschlingen nahm etwa 1 Stunde in Anspruch.

Darauf wurde durch leichten Druck der Darminhalt aus dem gefüllten Abschnitt in den leeren vertheilt, die herausgelagerten Schlingen versenkt und die Bauchwunde durch Etagennaht geschlossen. Erst bei Anlegung der Hautnähte äusserte Patientin Schmerzempfindung, was bis dahin nicht der Fall gewesen war.

Das Befinden der 73 Jahr alten Frau war nach der

Operation ein gutes, ohne jede Shok- oder sonstige Reaktionserscheinungen, und ist auch so geblieben.

Vom nächsten Tage erhielt sie flüssige Nahrung, nicht lange darauf aber auch vorsichtig konsitentere Speisen, während die Peristaltik des Darmes durch Podophyllin in Dosen von 0,03 täglich 3mal angeregt wurde, um eine Wiederverklebung der Schlingen möglichst zu verhindern.

Die Bauchwunde heilte per primam. Patientin erholte sich schnell und wurde am 23. Februar in gutem Zustande entlassen.

Das Befinden blieb dauernd ein gutes, der Stuhlgang erfolgte regelmässig, Schmerzen im Leibe traten nicht auf, die Narbe war fest, schmal und rinnenförmig eingezogen.

Die Ursache des Ileus gaben hier also alte Verklebungen der Dünndarmschlingen untereinander ab, welche auf Grund einer 30 Jahre vorher überstandenen Peritonitis sich entwickelt hatten. Mit Sicherheit liess sich die Aetiologie der Peritonitis nicht mehr angeben: Möglich auch, dass der im Hospitalaufenthalt überstandene schwere Typhus diese peritonitischen Verwachsungen bereits verursacht hat, wahrscheinlicher aber waren sie die Folge der genetisch nicht mit Sicherheit aufgeklärteren Peritonitis.

Durch mehr oder weniger kurze Membranen und zum Teil flächenförmig war etwa die Hälfte der Ileum-Schlingen miteinander verwachsen und ausserdem eine Schlinge infolge Verwachsung um 120° abgeknickt und endlich fand sich ein isolierter Strang zwischen einer Darmschlinge und dem Boden des kleinen Beckens.

Dieses letzte Gebilde ist beim Zustandekommen des Ileus ohne Zweifel gar nicht beteiligt gewesen, und ebenso wenig ist es zweifelhaft, dass die eigentliche causa morbi nur die durch Verwachsung abgeknickte und stark aufgeblähte Darmschlinge gewesen ist, während die davon abwärts gelegenen Verwachsungen der Ileum-Schlingen untereinander nur in soweit eine Rolle spielten, als sie die Herstellung der durch Abknickung aufgehobenen Passage durch Behinderung der Peristaltik erschwerten, resp. dann unmöglich machten. War

es nun möglich, aus der Art und Weise, wie das Symptomenbild in die Scene trat und sich weiter entwickelte, einen gewissen Rückschluss zu machen auf die Art des Hindernisses? Darauf ist wohl unbedingt mit ja zu antworten.

Es ist sehr oft von autoritativer Seite betont worden, dass, je stürmischer die Erscheinungen auftreten, desto grösser die durch die Stenose bedingte Läsion des Darmes ist. Das ist im Grossen und Ganzen unzweifelhaft richtig, oft aber ebenso gewiss auch nur mit einer gewissen Einschränkung zu verstehen, wenn man nämlich von der ersten Zeit des Eintretens der Symptome absieht. Es können Occlusionserscheinungen in überaus heftiger Weise plötzlich jemanden bei anscheinend völliger Gesundheit überfallen bei relativ harmlosen Darmverschluss. Die Verschiedenheit der Stenose im Verein mit der Eigenart des Bauchschmerzes, der so leicht zu Shokerscheinungen neigt, spielt hier ohne Zweifel eine grosse Rolle: ich kenne einen robusten, kräftigen Herrn, der viel von den rasendsten Zahnschmerzen gequält wurde, bei dem vor mehreren Jahren ab und zu, ohne jede Veranlassung, bei völligem Wohlbefinden überaus heftige kolikartige Schmerzen im Unterleibe auftraten, die er ein Kinderspiel im Vergleich zum Zahnschmerz nannte: er musste sich dann an dem ersten besten Gegenstand anhalten, kalter Schweiss brach aus und der Puls wurde langsam und schwach, jedesmal war er der Ohnmacht nahe. Der Fall lag völlig unklar, bis auf einmal Stücke einer Taenie abgingen, nach deren Abtreibung die Anfälle spurlos verschwanden. Die Heftigkeit des initialen Schmerzes gestattet also nicht immer den Rückschluss auf die Schwere des Falles. Nach Einsetzen der ersten Symptome treten dann aber Differenzen ein: bei kompletem Darmverschluss mit Läsion der Darmwand geht es unaufhaltsam weiter in der Cadenz, während im entgegengesetzten Falle trotz der Heftigkeit der initialen Erscheinungen ein gewisser Stillstand oder eine Ruhepause eintritt.

So war es auch in einem Falle von Ileus, den ich vor 5 Monaten zu beobachten Gelegenheit hatte: hier war der initiale Schmerz so heftig, dass der 50 Jahr alte gesunde Mann

schrie, sofort trat Erbrechen auf, das nach 3 Tagen fäkulent wurde, der Leib wurde gespannt, es bestand Unvermögen, Stuhl und Flatus zu entleeren. Nichts destoweniger machte der Mann auch nach 3—4 Tagen noch keinen verfallenen Eindruck; trotz der stürmischen Occlusionserscheinungen, mit denen das Leiden begann, war der Zustand nach mehreren Tagen, der gesamte Eindruck, kein schlechter, vielmehr sich ein immer gleich bleibender. Unter starken Diarrhöen trat dann Genesung ein.

Ist dies, wie gesagt, nicht der Fall, macht sich kein Stillstand in der Scenerie bemerkbar, dann kann man ohne Zweifel mit Sicherheit auf eine Stenose mit Gefahr der Gangrän des betreffenden Darmstückes rechnen.

Wie war es nun im vorliegenden Falle? Schon $1^1/_2$ Stunden nach der Mahlzeit setzte heftiger Schmerz mit Erbrechen und Stuhlverhaltung ein, beides bestand weiter, letzteres wurde fäkulent, aber keine Collapserscheinungen traten auf. Man war also ohne Zweifel berechtigt, eine gewisse Summe von Occlusionsarten auszuschliessen, wie die Strangulation, den Volvulus, die Compression mit sekundärer Gangrän, innere Hernie, Gallensteine, sowie die Invagination, bei der ja die Diagnose auch durch anderweitige objektive Befunde erleichtert wird.

Die Beantwortung dieser Frage war natürlich wichtig für die Prognose und noch wichtiger in Bezug auf die Therapie, denn davon hing es ab, soll man den Fall einstweilen nur unter genauer Beobachtung lassen und versuchen, mit den gewöhnlichen Massnahmen die Wegsamkeit des Darmrohres wieder herzustellen oder soll man operativ eingreifen. Aus gutem Grunde entschloss man sich also zum einstweiligen Warten. Als aber nun unter dem bekannten Regime die Occlusionserscheinungen nicht nachliessen, wurde die Sachlage natürlich eine andere, und zwei Erwägungen machten dann das operative Eingreifen zur unabweislichen Pflicht: erstens der Umstand, dass auch beim protrahirten Verlauf des Ileus schliesslich Bedingungen an der Stelle des Hindernisses geschaffen werden zum Zustandekommen der sekundären Peri-

tonitis und zweitens die Gefahr, den Organismus durch die immerhin doch nur mangelhafte Ernährung so zu schwächen, dass die schliesslich doch noch notwendige Laparotomie schon an sich gleichbedeutend mit dem Tode der Kranken war. Aus diesen Gründen entschloss man sich dazu, auch beim Stehenbleiben der ganzen Symptome den Sitz des Verschlusses operativ aufzusuchen.

Unter Berücksichtigung des Falles: alte Frau, langer Bestand der Erscheinungen, geschwächter Organismus u. s. w. verzichtete man auf Chloroform-Narkose, sondern wandte die lokale Anästhesie nach Schleich an und zwar mit vorzüglichem Erfolge.

Durchmustert man die publizirten Ileusfälle eines gewissen Zeitraumes, so ist es betrübend, wenn man sieht, wie trotz schneller Auffindung und prompter Lösung des Hindernisses, trotz Fehlens jeglicher Erscheinungen einer Peritonitis doch so viele Kranke schnell am Collaps zu Grunde gingen. Nun ruft der Symptomenkomplex des Ileus überaus leicht Shokerscheinungen hervor, andererseits ist das Chloroform ein exquisites Herzgift, so dass die Frage sich unwillkürlich aufdrängt, würde nicht vielleicht die Laparotomie bei Ileus bessere Resultate liefern, wenn es möglich wäre, die lokale Anästhesie so zu vervollkommnen, dass sie nicht nur in wenigen vereinzelten Fällen möglich wäre, sondern hier allgemein angewendet werden könnte.

Als das Hinderniss aufgefunden war, war die Art der Lösung klar vorgezeichnet: die Adhäsionen mussten durch Zug oder Scheere getrennt werden. Eine Schwierigkeit stellte sich dann aber ein: was mit den frischen Wundflächen machen und wie sollte man der erneuten Verklebung vorbeugen? Diese Gefahr liegt, wie Riedel[9]) hervorgehoben hat, überaus nahe und damit besteht natürlich für den Patienten die Gefahr, von neuem den Ileus zu acquiriren. So günstig werden natürlich selten die Verhältnisse liegen, wie in einem Falle von Lauenstein[10]) Fall II, wo er nach Trennung der Adhäsionen zwischen Gallenblase und Dünndarm ein Stück protective Silk zwischen die Wundflächen legte und dies 2×24 Stunden

liegen liess. Von anderer Seite ist vorgeschlagen worden, die Flächen leicht mit dem Pacquelin zu ätzen. Es frägt sich aber, ob man damit nicht gerade Bedingungen für das Zustandekommen von reactiven Entzündungen schafft, womit natürlich die Gefahr des Wiederverwachsens der Flächen zunimmt. Stern schlägt sodann vor, die Stellen mit Collodium zu überziehen (Bruns Beiträge zur klinisch. Chirurg. B. IV S. 653). Im vorliegenden Falle übernähte man die blutenden Stellen mit Serosa und machte mit den andern Stellen nach ihrer Trennung gar nichts, sondern sorgte nur für ergiebige Peristaltik, um den Darmschlingen keine Zeit zu lassen, gegenseitig wieder zu verkleben. Jedenfalls hat diese Therapie, die das Gegenteil von der sonst geforderten Ruhigstellung des Darmes bei Ileus ist, nichts geschadet und es wäre in solchen Fällen interessant, gelegentlich durch Autopsie sich zu überzeugen, ob trotzdem die Darmschlingen wieder adhärent geworden sind oder ob die a priori richtige Erwägung durch den Erfolg ihre Bestätigung gefunden hat.

Diese Darreichung von Abführmitteln dürfte auch dann angezeigt sein, wenn man Grund hat, nach der Operation den Eintritt einer Darmlähmung zu befürchten, denn dass eine blosse Darmlähmung, ebenso wie Kontractur der Muskulatur des Darmes den Ileus hervorrufen kann, das ist nach den Untersuchungen von Heidenhain [13 u. 14]) sicher, ja man wird dem genannten Autor ohne weiteres in der Vermuthung beistimmen müssen, dass es wahrscheinlich dieser Ileus ist, welcher in der Praxis so häufig nach Anwendung innerer Mittel weicht.

Es erübrigt nun noch die Frage zu erledigen, wozu die Untersuchung, ob ein Ileus protrahirt verlaufen kann oder nicht, was hat das für einen praktischen Zweck?

Nun, ich bin der Ansicht, der Ileus ist ein so interessantes Krankheitsbild, seine Erscheinungen und der Mechanismus desselben reizen so, dass auch rein theoretische Erörterungen über dieses Thema für den denkenden Arzt in der Tretmühle der Praxis genügend motivirt sind und dann hat doch auch die Beantwortung dieser Frage gerade für den gewöhnlichen Arzt ein recht praktisches Interesse: wie oft wird man zu Ileus-

fällen gerufen, die nicht mehr ganz frisch sind, denn Erbrechen, Leibschmerzen, Stuhlverhaltung sind ja so oft vorkommende Einzelsymptome, dass man es vom Standtpunkt des Laien verstehen kann, wenn er sich eine zeitlang über den Ernst der Situation hinwegtäuscht und sich mit dem Trostspruch, es ist ja nur „Krampf" behilft, weil nur in dem Komplex der Symptome die Gefahr liegt, was nur der Arzt beurteilen kann.

In solchen Fällen ist es natürlich von grossem praktischen Interesse, wenn man auf Grund richtiger Erwägungen eine gewisse Zahl von Darmstenosen ausschliesen kann, wenn man Patient und Angehörige damit beruhigen kann, dass offenbar noch nicht alles verloren ist und wenn man schlimmsten Falls auch dem operativen Eingriff grössere Chancen der Wiederherstellung in Aussicht stellen kann, als wenn dieser nur das ultimum refugium ist, wenn man die Operation vorschlagen muss, weil gar nichts mehr zu verlieren ist.

Zum Schluss spreche ich Herrn Prof. Dr. Kolaczek zu Breslau für die Anregung zu dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank aus.

Benützte Litteratur.

1) Über die klinische Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation und Achsendrehuug. Von Prof. Ed. v. Wahl. (C. f. Chirurg. 1889. No. 9.)
2) Ein experimenteller Beitrag zur Frage des lokalen Meteorismus bei Darmocclusionen. Inaug.-Diss. von Kader, Dorpat 1891. (Ref. im C. f. Chirurg. 1891.)
3) Über lokalen Meteorismus (mit Demonstrationen). Von Kader (Dorpat). XX. Kongr. f. Chirurg. Beil. z. C. f. Chirurg. 1891. S. 106.
4) Über den Ileus. Von Hans Schlange. Samml. klin. Vortr. 1894. No. 101.
5) Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus. Von Paul Reichel. (C. f. Chirurg. 1893. S. 431.)
6) Über Laparotomie bei innerem Darmverschluss. Von Prof. Dr. Alfred Obalinski. (Arch. f. klin. Chirurg. B. 48. H. 1.)
7) Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates. Von Dr. Th. Rosenheim 1891 u. 1893.
8) Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von den Darmincarcerationen. Von Dr. Alexander Tietze. (Arch. f. kl. Chirurgie. B. 49.)
9) Über Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. Von Prof. Dr. Riedel. (Arch. f. klin. Chirurg. B. 47. Heft 3 u. 4.)
10) Verwachsungen und Netzstränge im Leibe als Ursache andauernder schwerer Koliken. Von Dr. Carl Lauenstein. (Arch. f. kl. Chirurg. B. 45. H. 1.)
11) Über den Darmverschluss durch Gallensteine. Von Dr. W. Körte. (Arch. f. kl. Chirurg. Bd. 46. S. 331.)
12) Zur operativen Behandlung der Darminvaginationen. Von Dr. Ludloff. (Mittheil. aus d. Grenz. d. Med. u. Chirurg. III. B. 5. H.)

13) Beiträge zur Pathologie und Therapie des akuten Darmverschlusses. Von Prof. Dr. Heidenhain. (Arch. f. klin. Chirurg. 55 B. 1. H.)
14) Über Darmlähmung nach Darmeinklemmung. Von Prof. Dr. Heidenhain. (Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg. Bd. 43.)
15) Beitrag zur Lehre vom Ileus. Von Dr. W. Körte. (Berl. Klinik 1891. Heft 36.)
16) Über Darmocclusion und deren Behandlung. Von Dr. Hugo Langstein. (Med. Wandervortr. 1893. H. 34.)
17) Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung des inneren Darmverschlusses. Von H. Kümmell. (D. M. W. 1890. No. 27 u. 28.)
18) Über Darmresectionen. Von Becker. (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. B. 39. S. 148.)
19) Artikel über Darmstenose u. s. w. in der Realencyklopädie von Eulenburg und in den encykl. Jahrbüchern. 1899.
20) Ileus etc. in der Berl. kl. Wochenschrift. 1884—1898.
21) Ileusfälle etc. im C. f. Chirurg. 1888—1898.

Lebenslauf.

Ich, der Unterzeichnete, katholischer Konfession, bin als Sohn eines Handwerkers zu Berlin am 2. Januar 1855 geboren. Ich besuchte zuerst eine Elementarschule meiner Vaterstadt, dann eine höhere Knabenschule dortselbst, war von 1872—1876 Zögling des Fürstbischöflichen Knaben-Seminars zu Breslau, als solcher Schüler des Kgl. Matthias-Gymnasiums dortselbst, und besuchte dann das Gymnasium zu Ohlau, welches ich Herbst 1877 verliess mit dem Zeugnis der Reife, um in Berlin Medizin zu studieren.

Während meiner Studienzeit auf der Berliner Universität vom Herbst 1877 bis Herbst 1882 besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren Professoren und Dozenten: Hartmann, Du Bois-Reymond, Reichert, Hofmann, Mendel, Helmholtz, Koch, Peters, Christiani, Virchow, Hirsch, Bardeleben, Liebreich, Fräntzel, Lewin, Gusserow, Schröder, Frerichs, Leyden, Westphal, Langenbeck, Hirschberg, Senator und bestand die ärztliche Staatsprüfung am 18. Juli 1883.

Nachdem ich meiner Militärpflicht als einjährig-freiwilliger Arzt und Unterarzt genügt hatte, liess ich mich Herbst 1884 hierselbst als praktischer Arzt nieder, welchen Ort ich seitdem nicht verlassen habe. Ich stehe als Stabsarzt d. R. noch im Militärverbande.

Juliusburg i. Schl., den 28. Februar 1899.

Anton Roderburg,
prakt. Arzt.